

DES
GLANDES THYROÏDES ACCESSOIRES
AU POINT DE VUE CHIRURGICAL

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 5 Mars 1890

PAR

Edmond LALITTE

Né le 19 Mai 1866, à Lunéville (Meurthe)

Examineurs : { MM. GROSS, *Président.*
WEISS, professeur.
BARABAN, agrégé.
VAUTRIN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

E. DESTÉ, ÉDITEUR, 10, RUE DE THIONVILLE

1890

DES
GLANDES THYROÏDES ACCESSOIRES
AU POINT DE VUE CHIRURGICAL

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 5 Mars 1890

PAR

Edmond LALITTE

Né le 19 Mai 1866, à Lunéville (Meurthe)

Examineurs : { MM. GROSS, *Président*.
WEISS, professeur.
BARABAN, agrégé.
VAUTRIN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

E. DESTÉ, ÉDITEUR, 10, RUE DE THIONVILLE

1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, A O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C ✱, I O, TOURDES O ✱, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C ✱, I O, TOURDES O ✱, I O, COZE ✱, I O
V. PARISOT ✱, I O, HERRGOTT ✱, I O, ROUSSEL ✱, I O, DEMANGE ✱, I O, BÉCHET, I O

Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT ✱, I O, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques..	M. FELTZ ✱, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, A O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, A O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements...	{ M. A. HERRGOTT, A O, professeur.
	{ M. E. PARISOT, A O, professeur adjoint.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Histologie.....	M. BARABAN, A O, agrégé, chargé du cours.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, agrégé, chargé du cours.
Matière médicale et Thérapeutique.....	M. SCHMITT A O, agrégé, ch. du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS, A O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. SCHMITT, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT, A O.	MM. RENÉ, A O.	MM. SIMON.
ROHMER, A O.	NICOLAS.	REMY.
BARABAN, A O.	VAUTRIN.	P. PARISOT.
GUÉRIN.		

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS ✱, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MÉDECIN AIDE-MAJOR A CONSTANTINE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAUTRIN

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

INTRODUCTION

La pathologie des glandes thyroïdes accessoires est peu connue. Aussi avons-nous songé, sur les conseils de M. le professeur agrégé Vautrin, à en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Les auteurs qui en parlent le font d'une façon superficielle, surtout en France. C'est en Allemagne que la question a été le plus étudiée.

Mais avant de commencer, nous croirions manquer à tous nos devoirs, si nous n'exprimions à M. le professeur Gross toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous prions également M. le professeur agrégé Vautrin de vouloir bien accepter toute notre gratitude et nos remerciements pour les conseils qu'il nous a donnés pendant le cours de nos études médicales et surtout durant la rédaction de ce travail.

DÉFINITION ET DIVISION

Les glandes thyroïdes accessoires vraies sont celles qui sont isolées de la glande propre dès la vie intra-utérine, c'est-à-dire celles-là seules qui ont une origine congénitale.

La glande thyroïde propre peut aussi, pendant la vie extra-utérine, envoyer des prolongements dans les tissus environnants ; ces prolongements peuvent, tout comme la glande thyroïde propre, devenir le siège de manifestations pathologiques ; mais ces glandes reliées ainsi au corps thyroïde font partie de sa substance et ne rentrent pas dans notre étude ; nous ne nous occuperons donc que des premières.

Nous diviserons ainsi notre travail :

- 1° Histoire.
- 2° Observations.
- 3° Anatomie pathologique.
- 4° Etiologie.
- 5° Pathogénie.
- 6° Diagnostic.
- 7° Pronostic.
- 8° Traitement.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

En 1755, Albert von Haller (1) est le premier qui fasse mention d'une tumeur thyroïdienne accessoire; il signale aussi des phénomènes de compression sur la trachée: « Vidi propriam glandulam fuisse, quæ ante mediam cartilaginem thyreoïdam ponebatur, neque ad thyreoïdam pertinuisse; vidi nuper asperam arteriam ita compressam, ut aer vix duci posset, quæ forte mortis causa in vetula fuit. »

En 1839, Albers (2) qui s'occupait du développement anormal et des anomalies des artères thyroïdiennes, remarque aussi la présence de « petits lambeaux de tissu thyroïdien non réunis à la glande thyroïde et formant de petits goîtres indépendants ». Il fait encore cette autre remarque: « Presque partout où il y a des glandes accessoires, on trouve que les rameaux artériels qui

(1) Alberti Halleri, opuscula pathologica. Lausanne 1755, observatio II, Strumæ, 18.

(2) Albers. Erläuterungen zu dem Atlas der pathologischen anatomie. Bonn 1839, II, S. 304 et p. 306.

les alimentent proviennent d'autres artères que des artères thyroïdiennes ». Mais il n'a pas suffisamment distingué les glandes accessoires vraies des glandes acquises.

En 1842, Rokitansky (1), dans son premier traité, signale la fréquence « de poches plus ou moins grosses avec un contenu séreux, gélatineux, colloïde », dans le voisinage de la glande thyroïde, mais il les explique à cette époque par une propriété qu'aurait le tissu glandulaire thyroïdien d'envahir les tissus environnants pour y former des kystes.

Grüber (2) en 1845, en faisant des travaux sur les anomalies des artères thyroïdiennes et des artères cricothyroïdiennes, mentionne que dans des cas rares (2 fois sur 40 cas), il a trouvé la pyramide complètement séparée de la glande et alimentée par les artères cricothyroïdiennes.

En 1849, Luigi Porta (3) fait le premier une description assez détaillée de glandes accessoires : « Quelquefois, dit-il, on trouve des petites glandes au nombre d'une, de deux ou même de plusieurs, complètement séparées du corps thyroïde ; elles

(1) Lehrbuch der pathologischen Anatomie 1842. III, p. 151.

(2) Grüber, Medicin. Jahrbücher der K. K. österr. Staaten II, p. 130.

(3) Porta. Delle malattie e delle operazioni della ghiandola tiroidea. Miliano, 1849, p. 8.

sont situées à la place de la pyramide absente, contre le larynx. Elles sont ordinairement arrondies de grosseurs diverses, entourées de tissu cellulaire. Leurs vaisseaux proviennent des vaisseaux thyroïdiens. On les trouve aussi bien chez les adultes que chez les enfants, ce qui prouve leur origine congénitale ». De plus, Porta note la tendance de ces glandes à former des kystes. Il trouva ceux-ci remplis d'un liquide séreux pur. Il constata aussi des glandes accessoires sur les côtés des lobes latéraux.

En 1850, Rokitansky (1) nous donne une description des glandes thyroïdes accessoires qui concorde avec celle de Porta. Il distingue très bien les vraies glandes accessoires des glandes accessoires acquises. Mais il prit ces glandes pour des néoformations; il croyait, en effet, que le tissu conjonctif était capable de former du tissu thyroïdien; ce n'était donc pas pour lui des malformations congénitales.

En 1850, Bruch (2) nous apprend qu'ayant trouvé une fois une glande accessoire sur le muscle thyro-hyoïdien droit, il fit avec soin 17 dissections de la glande thyroïde et des environs; il trouva alors quatre fois des glandes semblables

(1) Rokitansky. Denkschriften der K. Akademie der Wissenschaften 1850. I, p. 244.

(2) Bruch, Bericht über die Verhandlungen der naturhistorischen Gesellschaft in Basel X. 1852, S. 183.

dans la même région. Dans une remarque, il dit encore que dans des recherches plus approfondies, il en trouva encore d'autres, surtout chez des hommes; il les compare comme grosseur à un haricot. Une fois, il en trouva une placée sous le lobe droit du corps thyroïde et complètement isolée de celui-ci, tout contre la trachée; d'après lui, ces glandes devaient recevoir une petite artère unique venant de la thyroïdienne supérieure. Pour lui, ces glandes n'étaient que « des pyramides détachées. »

En 1853 (1), Rouget publie un cas de kyste de la partie supérieure du cou (que nous donnons dans nos observations), que Verneuil pense être une dégénérescence kystique d'un lobule erratique de tissu thyroïdien; celui-ci dit encore avoir trouvé lui-même une fois, en disséquant les insertions des muscles à l'os hyoïde, un lobe aberrant dans ces insertions.

A partir de cette époque, les glandes thyroïdes accessoires sont mentionnées régulièrement dans les traités d'anatomie.

En 1853, Stanley (2) le premier donne l'extirpation comme le seul traitement convenable des goîtres accessoires.

(1) Verneuil, Archives générales de médecine, 1853, p. 189.

(2) Paget, Lectures on surgical pathology. London, 1853, II, p. 265.

En 1855, Gurlt (1) prétend que si certains kystes du cou prennent naissance dans des glandes accessoires, il faut cependant rejeter cette origine pour les kystes qui se sont formés sous la mâchoire et au-dessus de la clavicule (à cette époque, en effet, on n'avait pas encore vu de glandes accessoires à ces endroits-là).

En 1857, Schlüter (2), dans sa thèse inaugurale, publie une observation que nous rapportons plus loin.

Dans la même année, Führer (3), prétend que bon nombre de kystes du cou proviennent du corps thyroïde ; mais il explique leur indépendance de la glande par une migration lente ; ces kystes, par leur croissance, seraient peu à peu repoussés en dehors de la glande au point de s'en détacher complètement.

Houel (4), en 1860, rapporte un cas personnel ; il a vu à l'amphithéâtre, une tumeur au-dessous du lobe droit de la glande thyroïde et complètement indépendante, du volume d'un œuf de poule, qui déviait latéralement la trachée et qui était formée de tissu thyroïdien.

(1) Gurlt, Ueber die Cystengeschwülste des Halses. Berlin, 1855, p. 212.

(2) Schlüter, A. C. *Destruma accessoria cystica*. Kiliae, 1857.

(3) Führer, *Chirurgische Anatomie*. Berlin, 1857, Bd. I. p. 406.

(4) Houel, *tumeurs du corps thyroïde*, thèse d'agrég. 1860. Paris.

Deux ans après Merkel (1) trouve sur le cadavre d'un homme, mort d'emphysème pulmonaire, un glande accessoire sur le côté droit du cartilage thyroïde; d'une forme allongée, elle se terminait en pointe en haut jusque près de l'os hyoïde; en bas son extrémité, un peu renflée, descendait vers l'isthme du corps thyroïde; elle était placée à l'endroit où on trouve quelquefois le muscle thyroïdien.

Dans son traité, Tuerck (2), en 1866, range les tumeurs des glandes thyroïdiennes dans les maladies amenant un ramollissement de la trachée. Mais il cite comme étant un cas de glandes accessoires, une observation de Ettmüller (3) qui n'est qu'un cas de goître plongeant.

Dans cette même année Werner (4), publie une observation de goître accessoire inférieur kystique, que nous rapportons dans nos observations.

De 1867 à 1871, Lücke (5) s'occupe, à plusieurs reprises, des glandes accessoires. Il distingue parfaitement les goîtres accessoires acquis des vrais goîtres accessoires; il nous donne en-

(1) Merkel, Schmidts Jahrbücher, 1862. Bd, 115. p. 156.

(2) Tuerck, Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Wien, 1866, p. 530.

(3) Schmidt's Jahrbücher, XIII, 1837, p. 293.

(4) Werner, Württemberg. Correspondenzblatt. T. VII, n° 36.

(5) Lücke. Pitha et Billroth. Handbuch der speciellen Chirurgie, p. 18. — p. 283.

suite une observation empruntée à un travail de Brière (voir observations) ; à propos des tumeurs du cou, il s'appesantit sur la difficulté du diagnostic dans le cas de goître accessoire ; et là il nous dit, mais sans aucun détail, qu'il a trouvé une fois un goître erratique qui s'insérait au périoste de l'os hyoïde ; qu'une autre fois il a opéré une glande accessoire dégénérée placée sous le sterno mastoïdien ; et que plus tard enfin il a vu un goître isolé sous la clavicule droite. En 1879 Luecke communiqua par lettre une observation à Madelung (voir plus loin).

En 1870, Poland (1) publie une observation que nous donnons plus loin.

En 1873, Rendu (2) communique à la Société anatomique de Paris un cas de glande accessoire réuni au corps thyroïde par un pédicule de trois centimètres de long. Ce cas ne rentre donc pas dans le sujet de notre étude.

En 1874, Bruns (3) opère une tumeur thyroïdienne intra-trachéale (voir Observations).

En 1876, Langenbeck (4) extirpe un goître accessoire (Observation).

Dans la même année, Krœnlein (5), dans un tra-

(1) Poland, Guy's Hospital Reports. Vol. XVI, p. 484.

(2) Rendu. Bulletins de la Société anatomique de Paris, 1873, p. 171.

(3) Bruns, — Ueber die Kropfextirpation an der Tübingen Klinik (thèse de Fischer), 1883. Tübingen.

(4) Langenbeck. Archiv für klin. Chirurgie, vol. 21, p. 131.

(5) Krœnlein. Langenbeck's Archiv. XXI, p. 60.

vail sur la diphtérie et la trachéotomie, note la présence fréquente sur le cartilage thyroïde « d'un petit lobule erratique de substance thyroïdienne. »

En 1876, Wenzel Grüber(1) publie le résultat de ses recherches sur les glandes thyroïdiennes accessoires sur les cadavres.

Dans les trente années qu'il fut à Prague, il trouva une glande thyroïde accessoire supérieure dans 1/50 des cas.

Mais quand il fut à St-Petersbourg, il recommença ses recherches d'une façon plus approfondie. Voici sa division :

Glandes thyroïdes accessoires supérieures.—Sur 300 larynx examinés, il trouve cette glande 23 fois (sur 250 hommes, 18 fois ; sur 50 femmes 5 fois). Elles sont situées au larynx, dans la région du cartilage thyroïde jusque près de l'os hyoïde, sans union avec celui-ci cependant : au milieu dans 1/5 des cas, de côté dans les 4/5. Leur forme est oblongue, triangulaire ou tronc conique. Leur grosseur varie de 1 ou 2 à 5 ou 7 mm. de long sur 0,50 à 3 mm. de large et quelques mm. d'épaisseur. Leurs vaisseaux viennent des vaisseaux crico-thyroïdiens.

Glandes thyroïdes accessoires inférieures. — Un seul cas, sur la ligne médiane.

Glandes thyroïdes accessoires latérales. — Sur

(1) Wenzel Grüber, Archiv für Anatomie Virchow. 1876 Tome 66 p. 447.

100 individus examinés (84 hommes et 16 femmes) de 5 à 84 ans, il les trouve 10 fois : à droite 3 fois (2 hommes et 1 femme) à gauche 7 fois (7 hommes). Leurs dimensions étaient de 1 à 2, 7 cent. de long ; de 5 à 10 millimètres de large ; de 2 à 5 mm d'épaisseur.

Glandes thyroïdes accessoires postérieures. — Trouvées seulement dans 1/20 des cas, de chaque côté une fois ; à droite 1 fois ; à gauche 3 fois.

Dimensions : 5 à 9 mm. de long ; 5 à 6 mm. de large ; 3 à 4 d'épaisseur. Grüber décrit encore des glandes thyroïdes biparta et triparta.

En 1877, Zenker (1) dit avoir trouvé chez une femme une glande accessoire retro-œsophagienne ; cette tumeur, complètement séparée de la glande thyroïde, avait 5 cent. de long, 3 1/2 de large et 1 1/2 d'épaisseur ; elle était située entièrement entre la colonne vertébrale et l'œsophage qu'elle comprimait. En 1877 également, Lépine (2) relate un cas de compression de la trachée et de l'œsophage et diagnostique : lobe erratique du corps thyroïde. Mais comme l'opération n'a pas été faite, le diagnostic peut être matière à discussion.

Dans cette même année, Bruns (3) opère une seconde tumeur thyroïdienne, intra-trachéale (Observation).

(1) Zenker. Handbuch der spec. Pathologie und Therapie. 1877, vol. VII p. 21.

(2) Lépine, Gazette des hôpitaux. 9 octobre 1877 p. 929.

(3) Bruns, Beitrage zur klin. Chirurg. 1887 p. 109.

C'est dans cette même année et l'année suivante que Schnitzler (1) et Braun (2) publiaient chacun une observation de goître accessoire. (Observations).

En 1879, nous trouvons une étude complète « des glandes thyroïdiennes accessoires au point de vue chirurgical », à laquelle nous avons fait de nombreux emprunts. Madelung (3) montre la difficulté du diagnostic, lui-même s'étant trompé. Il pense en outre que beaucoup de kystes du cou (hydrocèles du cou) sont d'origine thyroïdienne ; il publie ensuite une observation détaillée (observation) de glande accessoire latérale et une autre de thyroïdite de glande accessoire.

Comme traitement, il indique les injections interstitielles ou l'extirpation.

En 1879, Bœckel (4), de Strasbourg, publie un cas de goître retroœsophagien et se croit le premier à décrire ce genre de tumeur ; il admet que le seul auteur qui ait publié quelque chose de semblable est Charles Störck (5) (Vienne), qui a décrit trois cas d'« hématomes retro-pharyngiens », mais

(1) Schnitzler, Wiener Klinik 1877.

(2) Braun, Czerny, Beitrage zur operativen Chirurgie 1878 p. 52.

(3) Madelung, Archiv für klinische chirurgie von Langenbeck 1879 p. 71.

(4) Bœckel, Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 5 1879.

(5) Wiener medicin. Wochenschrift 1878, n° 46, p. 1215.

dont l'examen anatomique n'a malheureusement pas été fait. Nous donnons cette observation plus loin (Observation).

En 1879, Wœlfler (1) signale la fréquence sur la crosse de l'aorte et l'aorte descendante, d'un petit corps de la grosseur d'une tête d'épingle, composé de tissu thyroïdien, et capable de devenir l'origine d'un goître, le goître aortique.

Dans la même année, Zukerkandl (2) nous montre la fréquence des grains thyroïdiens sur la convexité de l'os hyoïde, puisque sur 200 cadavres il les a signalés 57 fois ; indépendamment de cela il a encore trouvé 14 fois d'autres glandes au-dessous de l'os hyoïde.

La même année, Kadyi (3), dans de semblables recherches, constate au même endroit et aussi un peu au-dessus, la présence fréquente de glandes erratiques (10 sur 68 cadavres) ; il les divise en deux classes ; les glandes suprahyoïdes et les glandes præhyoïdes ; elles ont la grosseur d'un grain de millet, de chenevis, ou même d'un pois et habituellement de 6 à 8 millimètres de diamètre. Il y signale aussi des dégénérescences kystiques.

(1) Wœlfler, Wiener, medicin, Wochenschrift, n° 8, 1879, p. 198.

(2) Zukerkandl, Drüse in der regio suprahyoïdea, Stutgard, 1879.

(3) Kadyi, Archiv fur Anatomie und Physiologie. (Anat.), 1879, p. 312.

De plus il a constaté que jamais ces glandes ne recevaient de vaisseaux de la glande thyroïde, mais des artères hyoïdiennes. Il nous en donne une excellente description microscopique qui nous servira plus loin.

En 1883, paraît la thèse de Fischer (1) où nous trouvons les deux observations de tumeurs thyroïdiennes intra-trachéales de Bruns.

En 1884, Richelot (2) rapporte un cas de goître unilatéral simulant un goître accessoire ; mais c'était simplement le lobe droit d'un corps thyroïde n'ayant pas d'isthme ; la tumeur n'était plus maintenue en place que par 2 pédicules vasculaires (vaisseaux thyroïdiens supérieurs et inférieurs). Thyroïdectomie ; guérison le seizième jour après l'extirpation.

En 1886, Bilton Pollard (3) constate sur la paroi des vésicules d'une thyroïde accessoire, des bourgeons vasculaires recouverts des éléments épithéliaux thyroïdiens (ce que Cornil appelle papillome infectant du corps thyroïde).

En 1886, Streckeisen (4) publie d'abord ses recherches sur la fréquence des glandes thyroïdien-

(1) Fischer, Ueber die Kropfextirpation an der Tübingen Klinik, 1883.

(2) Richelot, Union médicale, 1884, tome 2, p. 834.

(3) Bilton Pollard, Brit. med. jour., 1886, p. 446. Nous devons exprimer le regret de n'avoir pu trouver cette observation.

(4) Streckeisen, Virchow's, Archiv für Anatomie, 1886, vol. 103, p. 135 et p. 215.

nes accessoires supérieures. Sur 153 cadavres, il les trouve 25 fois (15 hommes et 18 femmes); dans sa statistique cela fait environ dans $1/5$ des cas pour les hommes et dans les $2/15$ des cas pour les femmes.

Plus loin, ses recherches portent sur la glande thyroïde supra-hyoïdienne; sur 130 cadavres il la trouve 36 fois (soit 27 pour 100); leur situation est soit entre les génio hyoïdiens, soit sur ou sous le mylo-hyoïdien; comme dimensions, elles varient depuis un volume presque microscopique jusqu'à celui d'un pois.

Dans 7 cas, il trouve un kyste gros comme un pois. La paroi de ces kystes est en général mince, transparente, leur contenu est clair, mucilagineux, quelquefois jaunâtre, trouble ou laiteux.

Il observa même des glandes accessoires complètement enfermées sous le périoste de l'os hyoïde ou dans le tissu osseux; il les appelle glandes intra-hyoïdiennes.

Dans deux cas il observa une dégénérescence kystique de ces glandes intra-hyoïdiennes; un de ces kystes avait 5 mm. $1/2$ de long, $3\ 1/2$ de large et 4 d'épaisseur.

En 1889, M. Potherat (1) présente une pièce où, à la dissection, il trouva un goître aortique du volume d'une grosse orange, qui avait refoulé la

(1) Potherat, Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1889, p. 194.

trachée fortement à droite et en arrière sans la déformer. Le corps thyroïde était atrophié.

Enfin, le 9 octobre 1889, nous trouvons une observation trop concise de M. Boutaresco (1), (Bucharest); il énuclée un kyste thyroïdien sous-claviculaire sans nous dire s'il y avait ou non communication entre celui-ci et le corps thyroïde.

(1) Bulletin médical, 9 octobre 1889 (Communication au Congrès français de chirurgie.)

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Avant de donner les observations que nous avons pu trouver, nous ferons remarquer que nous avons dû en rejeter plusieurs pour différentes raisons.

1. Soit qu'il se fût agi de glandes thyroïdes accessoires acquises.

2. Soit que le peu de renseignements ne nous ait pas permis d'affirmer la nature de la tumeur.

OBSERVATION (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé VAUTRIN)

Gérardin (Marie), 29 ans, entre à l'hôpital de Nancy le 8 juillet 1887 ; c'est une femme mariée ; elle a toujours remarqué en avant de l'os hyoïde une petite grosseur sur la ligne médiane ; depuis assez peu de temps, cette tuméfaction s'est mise à grossir, mais surtout depuis deux mois elle a augmenté de volume plus rapidement ; aujourd'hui elle a la grosseur d'une amande ; la malade demande une intervention plus par coquetterie que par la gêne que pourrait provoquer la tumeur ; je la fais entrer à l'hôpital.

On constate, en avant de la membrane thyro-hyoïdienne, au niveau de l'angle supérieur et médian du cartilage thyroïde, une tumeur mobile sous la peau ; elle est placée dans le tissu cellulaire sous-cutané ; mais on sent qu'elle a des attaches profondes assez fixes ; elle est bien limitée ; oblongue à grand axe vertical, dure, insensible, sans prolongement, si ce n'est à la partie postérieure où on sent comme un pédicule s'enfonçant dans la profondeur.

Je pose le diagnostic de kyste dermoïde en faisant des réserves toutefois sur la possibilité d'un ganglion enflammé ou d'un lobe thyroïdien accessoire. La personne a un état général très bon d'ailleurs ; pas d'antécédents morbides héréditaires ou personnels. Je propose à la malade d'enlever sa tumeur. L'opération est pratiquée le 10 juillet. Je fais une incision suivant le diamètre vertical de la tumeur ; et je commence l'énucléation du reste rendue pénible à cause des nombreux vaisseaux qui pénètrent dans la coque qui est cependant bien limitée ; en arrière, je trouve un pédicule très dur qui se prolonge jusque vers l'os hyoïde ; enfin je complète l'énucléation ; les vaisseaux sont tordus ; la désinfection de la plaie est faite minutieusement ; je suture à l'aide du fil d'argent et je fais une compression rigoureuse ; je n'ai pas trouvé de prolongement vers la glande thyroïde. La malade sort guérie au bout de huit jours.

L'examen histologique pratiqué par M. Baraban montra qu'il s'agissait d'un lobe accessoire thyroïdien devenu kystique : le contenu du kyste était gélatineux et louche ; la paroi épaisse était formée de tissu thyroïdien.

OBSERVATION I (ROUGET)

Goître accessoire supérieur.

(Verneuil, Archives de Médecine, 1853, p. 189).

Un homme adulte portait depuis longtemps à la partie antérieure du cou, une tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau, et ayant acquis le volume d'un gros œuf de pigeon ; elle siégeait sur la ligne médiane, entre l'os hyoïde et l'angle du cartilage thyroïde. Cette tumeur était fluctuante, peu mobile, sans transparence ; la peau qui la recouvrait avait conservé toute sa mobilité et se laissait facilement soulever.

Non seulement il n'y avait nulle douleur au toucher, mais on ne remarquait aucun trouble dans la déglutition, la phonation ; en un mot, la difformité engageait seule le malade à demander une opération. Une ponction exploratrice donna issue à un liquide assez consistant, d'apparence crémeuse. L'opération fut pratiquée ; une incision verticale à la peau mit à nu la partie antérieure de la poche ; une dissection facile permit de l'isoler sur les faces latérales, et on acheva l'énucléation de la tumeur qui n'avait avec les tissus voisins que des adhérences peu résistantes. L'ablation faite, on reconnut facilement à l'œil et au toucher l'os hyoïde, le cartilage thyroïde, et la membrane thyro-hyoïdienne, sur lesquels la tumeur reposait par sa face postérieure.

Cette production se composait d'une paroi complète d'aspect fibreuse ; sa face interne était lisse, non cloisonnée, le contenu était blanc laiteux ; M. Rouget en fit l'examen microscopique et cons-

tata : 1^o La présence de nombreuses cellules épithéliales, régulières, analogues aux cellules jeunes d'épithélium pavimenteux ou d'épiderme, mais pas de ces grandes plaques plus ou moins déformées des kystes dermoïdes ou sébacés ; 2^o une très minime quantité de graisse ; 3^o des cristaux lamelleux du cholestérine en grande abondance.

OBSERVATION II (LANGENBECK)

Goître accessoire supérieur.

(Langenbeck, Archiv für klin. Chirurgie, vol. 21, p. 131)

Langenbeck extirpa en 1876 une tumeur du volume d'un œuf d'oie (goître parenchymateux) chez un garçon de 12 ans ; cette tumeur située sur le cartilage thyroïde n'avait aucun rapport avec la glande thyroïde. Elle occupait à peu près la place de la pyramide. Il fallut couper et lier un grand nombre de vaisseaux assez gros ; d'autres, au contraire, de la grosseur d'une plume d'oie purent être écartés et épargnés. La tumeur était apparue quand l'enfant avait un an, et avait augmenté lentement depuis cette époque.

La plaie guérit en 19 jours.

OBSERVATION III (LUECKE)

Goître accessoire supérieur.

(Pitha et Billroth. Handbuch der speciellen Chirurgie, p. 18)

Un secrétaire de 22 ans avait depuis son enfance une tumeur dans la région de l'os hyoïde. Depuis un an, celle-ci augmente considérablement et cause

à ce jeune homme une gêne assez considérable, puisque par son travail il était forcé de plier la tête vers la table. La tumeur de la grosseur du poing est située sur la ligne médiane ; elle est dure, assez mobile, se laisse facilement sentir par la bouche, dont le plancher comme la racine de la langue était soulevé. On admit que la tumeur était un kyste dermoïde ou un fibrome soudé à l'os hyoïde. La peau fut incisée verticalement et la tumeur fut isolée sans hémorrhagie notable. Le pédicule ne contenait aucun vaisseau et s'insérait à l'os hyoïde. La plaie fut lavée et suturée. Pas de fièvre. Le malade quitta l'hôpital, guéri, au bout de quatre semaines.

L'examen microscopique de la tumeur montra qu'elle était une glande thyroïde accessoire ayant subi la dégénérescence colloïde.

OBSERVATION IV (POLAND)

Goître accessoire antérieur.

(Guy's Hospital Reports. Vol. XVI, p. 484.)

Marie D., 43 ans, a eu 18 enfants, a toujours été bien portante. Depuis 26 ans elle porte au cou une petite tumeur qu'elle pense être le résultat d'un pincement que quelqu'un lui fit un jour au cou. La tumeur s'accrut lentement jusqu'il y a un an ; depuis elle augmenta plus rapidement et acquit bientôt un volume double du volume antérieur. Elle remarqua il y a six semaines une nodosité à la partie inférieure de la tumeur qui comprimait la trachée ; elle vit ensuite que la tumeur descendait plus profondément au cou.

A son entrée à l'hôpital, la tumeur occupe la partie supérieure droite du cou au dessus du lieu où est situé le lobe droit de la glande thyroïde. Elle mesurait 4 pouces $1/4$ dans le sens vertical et 5 pouces dans le sens horizontal; on la sentait élastique, mobile sous la peau et de surface unie. Elle était beaucoup plus dure à la partie inférieure, seule partie douloureuse, qu'à la partie supérieure qui donna la sensation d'une fluctuation confuse. Elle se mouvait en haut et en bas avec le larynx; on ne pouvait l'en séparer. Le sterno-mastoidien est repoussé à droite; la trachée et le larynx sont rejetés légèrement à gauche de la ligne médiane. On ne sent aucun battement. La malade se plaint de difficulté d'avaler tantôt plus forte tantôt moins forte, mais peut indifféremment absorber des aliments liquides ou solides. La respiration est un peu gênée; la voix est rauque au point de ne pouvoir être comprise. La malade a une grande dyspnée; quand elle se couchait et se levait rapidement, elle était sous le coup d'une asphyxie complète.

Elle avait de légers accès de toux, pas de nausées ni de vomissements. Le visage est pâle; le cœur bat normalement.

Un trocart fut introduit, il s'écoula une once de sang pur artériel qui se coagula aussitôt; il ne sembla pas venir d'un kyste, mais plutôt d'une masse de tissu compact. C'est pourquoi la tumeur fut prise pour une hypertrophie partielle du lobe droit du corps thyroïde. On résolut d'extirper la tumeur; mais si les adhérences à la partie postérieure et interne se trouvaient trop épaisses, on en enlèverait

qu'une portion cunéiforme pour diminuer la compression ; puis, par l'emploi des astringents et des caustiques, on tâcherait de détruire la tumeur.

Sous le sommeil chloroformique, on fit une incision longue d'environ 6 pouces, verticale, sur la partie médiane de la tumeur ; on incisa l'aponévrose profonde et quelques faisceaux musculaires ; la tumeur fit alors saillie entre les lèvres de la plaie écartées ; elle avait une surface brillante, bleuâtre, complètement lisse, et rappelait l'aspect d'un testicule malade. L'incision n'avait pas tout à fait dégagé la tumeur, mais l'instrument avait fait une entaille dans le tissu de la tumeur. A la surprise de l'opérateur, il n'y eut aucune hémorrhagie. Une main alors introduite entre la tumeur et les parties voisines put la séparer complètement, si ce n'est quelques petites adhérences à la partie postérieure et à la partie interne, qui furent coupées. Mais alors s'élança du fond de la plaie un gros flot de sang qui provenait de deux ou trois petites artères qui furent tordues et d'un gros vaisseau qui fut lié. La perte de sang fut médiocre. La tumeur ne paraissait avoir aucun pédicule réel, mais seulement quelques adhérences conjonctives avec le bord droit du corps thyroïde. On voyait le carotide battre dans le fond de la plaie. On ferma la plaie par des points de suture qui furent enlevés au bout de trois jours. Au bout de huit jours, après une élévation de température, il se forma un abcès à la partie postérieure du cou. — Incision. — Prompte amélioration. La voix, plus naturelle, a perdu sa raucité. Sortie le 22 juin 1870. Dix semaines après, la malade retire de la blessure restée fistuleuse un lambeau de tissu qui

ressemblait à un écheveau brun rougeâtre. Après, guérison immédiate de la plaie. Un médecin qui l'examina plus tard put sentir les deux lobes du corps thyroïde et même l'isthme. Ils ne semblaient pas avoir perdu de leur substance. Après l'opération, l'hémorragie qui survint avait empêché d'examiner l'état des tissus dans le voisinage de la tumeur et de déterminer ainsi la situation et la naissance de la tumeur. Celle-ci pesait 13 onces et mesurait entre 4 et 3 1/4 pouces de diamètre. Elle possédait une capsule comparable à la tunique albuginée du testicule, qui la recouvrait *complètement*. On ne vit aucune cloison s'enfoncer dans l'intérieur. Elle était en plus grande partie formée de tissu compact et contenait quelques petits morceaux de substance dure comme de l'os. Le résultat de différents examens microscopiques montra clairement qu'elle était formée de tissu thyroïdien.

OBSERVATION V (SCHLUTER).

Goître accessoire latéral.

(De struma accessoria cystica, Kiliæ, 1857).

Une jeune fille de 24 ans portait, depuis trois ans, une tumeur au côté droit du cou. Comme elle avait à peu près la grosseur d'un œuf de poule, elle fut ponctionnée; il s'en écoula un liquide mélangé à quelque chose comme du sang. Deux ans après, la tumeur avait acquis la grosseur d'une tête d'enfant et par une ponction on en retira un liquide ressemblant à du chocolat. Avant que la tumeur ne se montrât, la patiente

avait fréquemment des céphalalgies qui disparurent plus tard.

Le jeune fille à son entrée, d'ailleurs bien portante, a au côté droit du cou, au-dessus de la clavicule et allant jusqu'au bord postérieur du sternomastoïdien, une tumeur recouverte par la peau saine; ce dernier muscle était un peu soulevé. La tumeur ne semble avoir aucun rapport avec le corps thyroïde qui n'est pas augmenté de volume. La tumeur est comme partagée en deux poches par une bride passant au milieu; on sent la fluctuation. La pression, d'ailleurs indolore, faisait cesser les battements du pouls radial droit. La tumeur ne cause ni dyspnée ni difficulté d'avaler, cependant en la comprimant, on provoque des mouvements de déglutition. On diagnostiqua un hygroma.

Le 6 novembre 1856, on ponctionna et on retira 8 à 10 onces d'une masse colloïde presque noire, contenant un grand nombre de cristaux de cholestérine; le lendemain le kyste s'était rempli de nouveau. Par une nouvelle ponction on retira du sang et des gaz. Alors à ce moment il se produisit sous la peau des épanchements sanguins qui envahirent même le sein.

Le 15 novembre on fit l'incision du kyste; on constata que la paroi avait presque l'épaisseur du doigt; à l'examen microscopique on y reconnut la structure de la glande thyroïde. Derrière le kyste opéré on aperçut un second kyste qu'on n'incisa pas. De la paroi du kyste ouvert il se fit une abondante hémorrhagie, au point qu'il fallut faire douze ligatures et suturer le kyste avec la peau. La plaie guérit bien.

OBSERVATION VI (MADELUNG).

Goître accessoire latéral.

(Archiv für klinische Chirurgie von Langenbeck. 1879)

Au 14 décembre, la nommée Catherine D., âgée de 33 ans, se présente. La mère doit avoir eu un « cou large » ainsi que quelques autres femmes du même endroit, Ni son père ni ses frères n'ont eu de goître. Il y a douze ans, la malade eut la rougeole ; bientôt après elle remarqua à un endroit du cou qu'elle montre (bord antérieur du sterno-mastoïdien à la hauteur du cartilage thyroïde) une petite tumeur dure, ronde qui demeura mobile sous la peau. Cette tumeur s'accrut sans amener aucune gêne. Le long du bord externe du sterno-mastoïdien, il y avait une veine sous-cutanée très dilatée (veine jugulaire externe). Comme le raconte la malade, la tumeur en augmentant de volume passa sous cette veine jusqu'à la dépasser de deux centimètres vers le dehors. Pendant cette dernière année, la tumeur devint plus mobile, sans s'accroître notablement. Elle s'avança en avant et descendit au point que la veine sous-cutanée mentionnée plus haut revint se loger derrière son bord externe. Dans les derniers temps la malade ressentit quelquefois des lancées douloureuses vers la tumeur.

La malade est de petite taille ; on ne remarque rien de particulier en dehors de sa tumeur ; le corps thyroïde n'est aucunement augmenté de volume. Au côté droit du cou on voit sous la peau saine une tumeur ovale de la grosseur d'un œuf. Elle est placée

de façon que son grand diamètre est presque horizontal, un peu incliné du haut et du dehors vers le bas et le dedans.

L'extrémité externe va à peu près se loger sous le milieu du sterno-mastoidien ; la peau est mobile sur la tumeur ; celle-ci a une surface bosselée et offre à peu près la consistance du cartilage ; elle est tellement mobile qu'on peut l'attirer vers le dehors. On ne peut ni voir, ni sentir aucun gros vaisseau artériel qui pénétrerait dans la tumeur ; elle s'élève avec le larynx dans les mouvements de déglutition.

Le 20 décembre, l'extirpation fut entreprise avec toutes les précautions antiseptiques. Aussitôt qu'on eut fait une incision suivant le grand diamètre de la tumeur, on vit qu'on n'était pas en présence d'un ganglion dégénéré, comme on l'avait cru. Au-dessus, on voyait un faisceau vasculaire recouvrir de haut en bas la tumeur qui était entourée d'une capsule de tissu conjonctif, dont le tronc principal était large d'un demi-centimètre environ. Les rameaux qui en grand nombre pénétraient dans la tumeur, à travers la capsule, étaient larges de quelques millimètres. On commença alors *l'énucléation*, rendue pénible par la ligature de chacun des vaisseaux. La difficulté s'accrut encore de ce qu'on s'aperçut que de nombreux petits kystes se trouvaient à la face profonde, et que la tumeur, s'enfonçant dans les parties molles du cou, avait un volume plus considérable qu'on ne l'avait cru. Cependant à la partie postérieure, la vascularisation devint moins prononcée et l'énucléation devint possible en se servant un peu des instruments tranchants. On put établir avec assurance qu'il

n'existait absolument aucun rapport entre la tumeur extirpée et la glande thyroïde. Celle-ci ne s'offrit pas à nos regards, cachée qu'elle était par du tissu conjonctif et musculaire. Après l'extirpation de la tumeur principale, on trouva, presque sur le milieu de la clavicule et complètement séparées de celle-ci, deux petites tumeurs de la grosseur d'une noisette, entourées d'une capsule unique du tissu conjonctif; elles furent énuclées de la même façon, facilement. La guérison se fit sans aucun trouble; malgré la profondeur de la plaie; on changea trois fois le pansement et cela suffit pour atteindre la cicatrisation complète. La malade fut renvoyée guérie le 9 janvier.

Tandis que les plus petites tumeurs extirpées étaient formées de tissu thyroïdien absolument sain, la plus grande était un goître accessoire kystique.

Le professeur Kæster, après son examen, la décrit ainsi : « Tumeur de la grosseur d'une pomme; la surface externe est lisse dans les trois quarts de ses parties et épaissie en deux points par des amas de tissu; la surface interne du kyste est lisse sur une faible partie; dans le reste, on voit des taches rouges, des taches brunes, des jaunâtres et des blanches; on voit aussi par ci par là des taches de matière transparentes. Au microscope, on trouve un stroma fibreux où sont plongées des cellules ayant subi la dégénérescence graisseuse et des amas de graisse. Aux endroits moins dégénérés et surtout dans les deux endroits épaissis, on trouve des vésicules de tissu thyroïdien, avec leur épithélium normal; on en trouvait aussi avec un épithélium ayant subi la

dégénérescence graisseuse et colloïde. Quelques vésicules, remplies de masses colloïdes, gélatineuses, ne sont plus reconnaissables.

OBSERVATION VII (STANLEY)

Goître accessoire latéral.

(Lectures on surgical pathology. London, 1853, p. 265).

Il s'agit d'une femme de 62 ans, qui a déjà remarqué la tumeur, il y a 50 ans. Dans les trente premières années, elle était grosse comme une amande, mobile sous la peau, et s'accrut à peine ; dans les dix suivantes, elle augmenta plus vite et plus vite encore dans les dix autres. Alors la peau s'ulcéra et la tumeur fut proéminente au dehors ; elle saignait de temps en temps, mais ne fut jamais douloureuse. Elle était située dans le tissu conjonctif sous-cutané, à la partie inférieure et sur le côté du cou, directement à côté du bord du muscle trapèze. Il était impossible de lui attribuer aucune origine.

Extirpation :

A l'examen elle semble formée d'une masse de tissu compacte entourée d'une capsule mince. De celle-ci partaient dans la tumeur des cloisons qui la partagent en lobules arrondis. Son tissu était mou, élastique, jaunâtre avec des taches et des stries brun-rougeâtres. A l'œil nu la tumeur semblait être un morceau de goître. Les impressions fournies par l'examen extérieur furent confirmées par le microscope.

OBSERVATION VIII (OBALINSKI DE CRACOVIE)

Goître accessoire latéral.

(Centralblatt für Chirurgie, n° 9, p. 140).

Un homme de 45 ans est porteur d'un goître volumineux qui a déjà été traité sans résultat par les injections interstitielles de teinture d'iode. La tumeur date de cinq ans, est multiloculaire et paraît composée d'un goître médian du volume du poing et de tumeurs accessoires du volume d'un œuf situées derrière la clavicule droite et le sterno-mastoïdien gauche. Diagnostic : Goître du corps thyroïde avec goître de glandes accessoires.

La gêne de la respiration est considérable : Obalinsky fait des injections nouvelles interstitielles puis extirpe le goître principal par une incision en V. La tumeur renferme du pus. Pansement au sublimé, Les tumeurs accessoires sont laissées.

Mort, 12 jours après, de pyohémie.

L'autopsie fait voir que la cause de la pyohémie est la suppuration des goîtres accessoires. Or, comme toutes les précautions antiseptiques avaient été prises, comme d'autre part il existait du pus dans la glande principale au moment de l'extirpation, le chirurgien pense que les injections parenchymateuses antérieures avaient déposé dans la glande des germes infectieux auxquels le voisinage d'une grande plaie a donné une activité nouvelle.

OBSERVATION IX (WERNER)

Goître accessoire inférieur.

(Württemberg, Correspondenzblatt, t. VII, n° 37).

Un homme de 23 ans, rachitique, souffrait, depuis longtemps d'une dyspnée avec des exacerbations périodiques. On trouve à la partie antérieure du cou une tumeur assez volumineuse.

Mort par pneumonie. A l'autopsie, on trouve à la partie inférieure du cou une tumeur kystique, de la grosseur d'une orange. Elle est située sur la trachée qu'elle recouvre jusqu'à sa bifurcation. Elle n'a aucune liaison directe avec le corps thyroïde ; sa moitié inférieure est placée derrière le sternum ; elle est entourée de tissu cellulaire lâche, et la paroi du kyste a à peu près une épaisseur de 3 lignes ; sa surface externe n'est pas lisse. Le kyste renferme dans sa cavité un liquide épais, rouge-brun. Le corps thyroïde est petit, refoulé contre le larynx qui était atrophié en quelque sorte.

La trachée était plus courte que normalement et ses anneaux présentaient un aplatissement considérable, résultat de la compression qu'ils avaient supportée.

OBSERVATION X (IOHANN SCHNITZLER)

Goître retro-œsophagien.

(Wiener Klinik, 1877).

Un forgeron de 54 ans, deux ans avant de se présenter à la polyclinique de Vienne, s'était vu atteint tout à coup d'enrouement et ensuite d'aphonie. Depuis ce temps, aphonie complète et ininterrompue. Parfois aussi il se produisait de la dyspnée, qui s'augmentait par les efforts. Parfois encore une gêne de la déglutition mais peu pénible.

Le patient, assez robuste, respire avec peine, avec un bruit de cornage qu'on perçoit à une certaine distance. A l'inspection de l'arrière-gorge, on voit profondément dans le pharynx sur la paroi droite la moitié supérieure d'une tumeur ovale de la grosseur d'un œuf de poule. Le laryngoscope fait voir le larynx déplacé et incliné de droite et d'arrière à gauche et en avant. Paralysie complète des cordes vocales. Pendant qu'on traitait le malade (depuis un mois) par le cathétérisme systématique du larynx, le malade mourut avec des signes de faiblesse générale et de paralysie du cœur. L'autopsie montra une dégénérescence du myocarde avec hyperhémie et œdème des poumons, mais en outre une sténose du pharynx, de l'œsophage, du larynx et de la trachée produite par une glande thyroïde accessoire. La glande thyroïde principale était seulement un peu hypertrophiée. Le lobe droit avait comme appendice une partie de tissu glandulaire mais séparée du reste de la glande par une enveloppe fibreuse ; cette tumeur était logée entre la colonne vertébrale, et le pharynx ou l'œsophage. Il était facile de la déplacer de cette position.

OBSERVATION XI (BRAUN)

Goître retro-œsophagien.

(Czerny, Bertrage zur operative Chirurgie, 1878, p. 52).

Une femme de 30 ans avait depuis un temps indéterminé un léger degré d'hypertrophie du corps thyroïde mais qui n'entraînait aucune gêne. Depuis quelques semaines elle ressent par les mouvements de déglutition des douleurs dans la tête et dans l'oreille gauche ; et tout à coup, sans motif, une violente dyspnée se produisit. La cause de ces accidents était une tumeur dont le segment supérieur visible par la bouche faisait bomber la paroi postérieure et gauche du pharynx, mais dont le segment inférieur était caché par l'épiglotte et le cartilage aryténoïde. Cette tumeur, au toucher, était molle, élastique, comme fluctuante, à peine mobile et d'une surface entièrement lisse.

Par une ponction exploratrice on ne vit s'écouler aucun liquide. Le cartilage aryténoïde gauche est déplacé de quelques millimètres en avant et en dedans et l'ouverture du larynx est rétrécie. La tumeur est extirpée par Czerny qui fait une incision le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien. La place de la tumeur était absolument la même que dans le cas de Schnitzler. Celle-ci fut complètement dépouillée de sa capsule. Elle recevait quelques petits vaisseaux provenant de l'artère et de la veine thyroïdienne supérieure. Elle avait la grosseur et la forme d'un œuf d'oie. De petits kystes étaient plongés dans du tissu colloïde ou hémorrhagique. Diagnostic : Goître retro-œsophagien.

OBSERVATION XII

(Communication de Bœckel, 1879. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris.)

Goitre retro-œsophagien.

Mademoiselle Elg..., de Reichsoffen, âgée de 25 ans, petite, grêle, atteinte de scoliose dorsale droite, a remarqué pour la première fois, il y a trois ans, en 1876, une petite tumeur mobile à la partie latérale droite du cou, du volume d'une noisette à peu près, au niveau du larynx; elle grandit lentement sans gêner. Ce n'est qu'au commencement de 1878 qu'elle grossit plus rapidement et força la malade à s'adresser à un médecin, le docteur Boell, de Niederbronn, qui fit plusieurs injections parenchymateuses de teinture d'iode sans résultat.

En novembre 1878, Mademoiselle Elg... se présente à moi, parce qu'elle a une gêne croissante de la déglutition, au point de ne pouvoir avaler que des liquides. Respiration tout à fait libre.

A l'inspection, la moitié droite du cou est occupée par une tumeur du volume d'une pomme, qui part de la clavicule et de la fourchette sternale et remonte sous le bord antérieur du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien jusqu'à vers le maxillaire. En faisant ouvrir la bouche, on constate qu'une autre tumeur du volume d'une noix remplit la partie droite du pharynx, touche la base de la langue et dépasse même la ligne médiane, en empiétant sur la gauche, au point qu'on est étonné de ne plus trouver la respiration embarrassée. La muqueuse pharyngienne est mobile à la surface de ce lobe et n'est pas vascularisée.

Peau normale, quoique tendue sur la tumeur; celle-ci est lisse, fluctuante et semble en communication avec le lobe pharyngien également fluctuant; il n'y a ni battements, ni expansion. Le côté gauche du cou est normal.

Diagnostic posé : Kyste thyroïdien.

La malade s'installe à la Toussaint, où je fais une ponction exploratrice le 7 décembre 1878. Il s'écoule un demi-verre d'un liquide brunâtre, mais translucide; puis l'écoulement s'arrête subitement; mais la tumeur pharyngienne ne s'est pas vidée. Je retire le trocart, mais, au bout de quelques minutes, la poche est de nouveau pleine (de sang).

Le liquide évacué présente au microscope de grandes cellules à noyaux graisseux comme celles de la glande thyroïde. Comme la poche est pleine de sang, je ne puis faire ni des injections de teinture d'iode, ni une incision, mais l'extirpation.

L'opération est pratiquée le 9 décembre; sous le brouillard phéniqué, je fais une incision de 10 centimètres le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien droit, et je cherche à isoler la tumeur en haut et en arrière; à ce moment, un flot de liquide fortement coloré s'écoule, mais s'arrête immédiatement et spontanément; en introduisant le doigt dans l'arrière-gorge, je sens la tumeur pharyngienne affaissée. Je retire alors la première tumeur après avoir lié les vaisseaux. Dans la partie supérieure de la plaie, on rencontre la petite tumeur pharyngienne vide qui cède à quelques tractions. La plaie est sèche, je la suture et la malade sort guérie le 6 janvier 1879.

OBSERVATION XIII (BRUNS)

Goître intra-trachéal.

(Thèse de Fischer 1883. Tübingen.)

(Ueber die Kropfsextirpation an der Tübingen Klinik)

Emile K., 32 ans, fait remonter le début de son mal à sa 17^e année, époque depuis laquelle toute fatigue plus considérable amenait de la difficulté de respirer et du cornage. Dans le courant de cette année-ci les phénomènes s'aggravèrent et le malade dut discontinuer son travail de bijoutier et se tenir surtout dans le dernier mois dans un repos presque absolu.

L'examen du malade fait reconnaître tous les symptômes d'une laryngo et d'une trachéo-sténose très prononcée ; on entend un fort sifflement à l'inspiration et à l'expiration, mais surtout à l'inspiration. Par la palpation extérieure du cou, on ne sent aucune tumeur comprimant la trachée ; on ne trouve aucune dislocation et surtout on sent à leur place les deux lobes du corps thyroïde excessivement peu hypertrophiés ; de même l'examen de la poitrine ne donne qu'un résultat négatif. L'examen laryngoscopique ne fait reconnaître rien d'anormal à la partie supérieure du larynx ; au contraire la lumière du larynx tout-à-fait au-dessous des cordes vocales est obstruée presque complètement par une tumeur qui s'attache à la paroi droite et à une partie de la paroi postérieure, de façon que dans sa partie la plus large elle ne laisse entre elle et la trachée qu'une fente en forme de croissant, large à peine de quelques millimètres. La

tumeur vue ainsi par le haut a une forme à peu près hémisphérique, sa base large n'ayant pas de délimitation nette avec les tissus environnants ; sa surface est tout à fait régulière et lisse, recouverte de la muqueuse trachéale saine.

En considération de sa situation, de sa large insertion et de la grosseur de la tumeur, on rejeta l'extraction par la voie laryngienne. Le 14 novembre 1874, on fait la laryngo-trachéotomie. Dans la plaie la tumeur était visible dans toute sa longueur ; elle s'étendait du quatrième anneau de la trachée à la partie inférieure de la corde vocale droite et occupait toute la paroi droite de la trachée et une partie de la paroi postérieure. Pour éviter l'effusion du sang on détruit par morcellement la tumeur, à l'aide du galvanocautère, jusqu'à ce que la trachée soit libre. L'opération fut faite sans chloroforme ; et par précaution, en vue d'une hémorrhagie secondaire, la trachée fut maintenue ouverte par un dilatateur bivalve. Du 2^e au 5^e jour, il se fit un léger mouvement fébrile avec quelques accès de toux et quelques expectorations de mucosités purulentes ; d'ailleurs respiration et voix complètement libres. Au bout de trois semaines la cicatrisation était complète et depuis deux ans la guérison s'est maintenue.

L'examen microscopique fait par le professeur Schüppel montra que la tumeur était formée toute entière de tissu thyroïdien qui avait subi partiellement la dégénérescence colloïde.

OBSERVATION XIV (BRUNS)

Gloître intra-trachéal.

(Beitrag zur klin. Chirurgie, 1887, p. 109).

Marie B..., âgée de 15 ans, souffrait depuis 3 ans d'une forte dyspnée et d'accès de toux quand elle faisait des efforts.

Dans le cours de la dernière année les symptômes d'angoisse s'accrochèrent. Respiration stertoreuse, voix normale. Etat général bon.

A l'examen du cou, on ne trouve rien autre qu'une tumeur de la grosseur d'une cerise, développée dans l'isthme du corps thyroïde. Au laryngoscope on voit une tumeur à large base recouverte par la muqueuse saine, située au-dessous de la glotte, à la partie postérieure droite du larynx. On pratique la laryngo-trachéotomie le 12 juin 1877 et l'on voit la tumeur qui s'étend du deuxième anneau de la trachée jusqu'au niveau de la glotte, obstruant les deux tiers du calibre du larynx. Ablation par morcellement à l'aide du galvano-cautère ; canule-tampon pour prévenir l'écoulement du sang dans les bronches, qui, au début avait provoqué de violents accès de toux. Quatre heures après l'opération on remplace la canule-tampon par une double canule, qui fut enlevée le soir du deuxième jour.

Cicatrisation rapide. Sortie au bout de 17 jours.

L'examen de la tumeur fait par le professeur Schüppel, montra qu'il s'agissait d'un goître colloïde tout-à-fait analogue à ceux qui se développent dans le corps thyroïde.

OBSERVATION XV (MADELUNG)

Thyroïdite suppurée d'une glande erratique.

(Communiquée par Luecke, L. C., p. 96).

Un homme d'environ 50 ans, vint à la clinique de Berne avec de violentes difficultés d'avaler qui existaient déjà depuis quelque temps. La sonde introduite rencontra un obstacle dans le haut de l'œsophage. Dyspnée peu intense ; le corps thyroïde est d'une grosseur médiocre. Apparence d'un carcinome de l'œsophage. Les phénomènes se succédèrent rapidement. La fièvre s'établit. La difficulté d'avaler et de respirer furent portées à un haut degré.

Diagnostic : abcès profond dont la cause n'est pas connue.

Mort. L'autopsie montra qu'on se trouvait en présence d'une glande thyroïdienne erratique qui était placée en arrière de la clavicule droite, qui s'était enfoncée en dedans entre la trachée et l'œsophage et avait suppuré.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous nous servirons autant, pour faire ce chapitre, des données qui ont pu nous être fournies, par les anatomistes (Kadyi, Zukerkandl, Wölfler) que par celles que nous pouvons trouver à la fin de nos observations, où l'examen anatomique et histologique a trop souvent fait défaut.

Le siège des tumeurs que nous examinons est des plus variable ; ces tumeurs peuvent occuper toutes les régions de la partie antérieure du cou, entre les deux bords antérieurs des deux muscles trapèzes ; elles peuvent aller comme hauteur jusqu'au-dessus de l'os hyoïde et comme limite inférieure jusque la crosse de l'aorte ; elles peuvent siéger à différentes profondeurs, depuis le tissu conjonctif sous-cutané (Stanley et Vautrin) jusque la colonne vertébrale. Mais son lieu de prédilection est le milieu de la convexité de l'os hyoïde, ensuite la région située entre l'os hyoïde et l'isthme du corps thyroïde.

Le siège de ces tumeurs peut les faire diviser en supérieures, latérales, inférieures, antérieures et postérieures. Nous ne croyons pas qu'il soit utile d'indiquer plus longuement la situation que,

dans ces différentes espèces, occupent ces tumeurs.

Nous ferons une mention spéciale des glandes placées au voisinage de l'os hyoïde, comme étant de beaucoup les plus fréquentes.

Le volume de ces tumeurs est aussi variable que leur siège: elles varient du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noisette, d'une noix, d'une orange et d'une tête d'enfant; le volume le plus souvent noté dans nos observations est celui d'un œuf.

Leur forme est en général elliptique ou sphérique ou tout au moins un agrégat de masses sphériques produisant au toucher la sensation de plusieurs tumeurs arrondies assemblées ensemble; le plus fréquemment cependant elles sont arrondies uniformément.

Leur consistance en général est assez dure, quelquefois même cartilagineuse; cependant dans d'autres cas on a pu sentir la fluctuation quand la tumeur était un kyste.

Leur mobilité est assez remarquable; elles sont presque toujours mobiles sous la peau à laquelle elles ne sont jamais adhérentes; leur mobilité avec les parties voisines n'est cependant pas constante puisque nous voyons ces tumeurs être, une fois adhérentes au corps thyroïde et d'autres fois à la trachée ou à l'os hyoïde; les tumeurs intra-trachéales ou retro-pharyngiennes ne sont évidemment pas mobiles, bridées qu'elles sont entre l'œsophage et la colonne vertébrale ou sous la muqueuse tra-

chéale. Mais leur indépendance par rapport aux tissus environnants, à la partie antérieure et superficielle du cou, peut être assez grande pour leur permettre, par la pesanteur ou l'action musculaire, de venir peu à peu occuper des régions qu'elle n'occupaient pas auparavant.

Leur marche est tout aussi remarquable que leur mobilité ; nous les voyons apparaître en général dans la jeunesse ou l'adolescence, croître très lentement pendant de longues années sans produire d'accidents et tout-à-coup, sans cause déterminée, grossir d'une façon beaucoup plus rapide ou causer tout-à-coup des accidents de compression suivant que leur siège est plus ou moins profond.

Leur structure est celle de la glande thyroïde ; voici en tous cas la structure histologique des glandes accessoires données par Kadyi.

Lorsque ces glandes n'ont subi aucune dégénérescence on trouve des vésicules glandulaires de grandeur variable, arrondies et allongées (habituellement de 6 à 8 millim. de long) plongées dans un stroma de tissu conjonctif très vasculaire. Dans quelques cas le tissu conjonctif l'emporte tellement qu'on ne trouve plus que quelques vésicules éparses. La surface interne des vésicules est recouverte d'un épithélium pavimenteux ; leur contenu est liquide ou colloïde. Les cellules épithéliales aussi longtemps qu'elles sont en contact les unes avec les autres, sont polygonales ; leurs li-

gnes de séparation sont droites. On décompose facilement cet épithélium en ses éléments (du moins dans les préparations qui sont faites de 24 à 36 heures après la mort du sujet). Les cellules isolées prennent différentes formes, en général la forme arrondie ; leur diamètre peut mesurer jusqu'à 20 μ . ; leurs noyaux arrondis mesurent 8 μ . de diamètre, et laissent voir généralement qu'ils ont un nucléole ; le plus souvent ces noyaux sont placés tout contre la base d'implantation des cellules ; on ne peut affirmer que les cellules possèdent une membrane d'enveloppe. Dans le protoplasma on trouve habituellement des grains de matière colloïde en plus ou moins grand nombre ; dans quelques cas ces amas peuvent tellement s'accroître qu'ils distendent la cellule en remplaçant le protoplasma.

Dans le contenu des vésicules on trouve des cellules épithéliales détachées et de la substance colloïde libre.

Quand ces glandes forment des kystes, il se fait le même travail pathologique que quand ce phénomène se produit dans la glande thyroïde. La paroi du kyste est formée d'un tissu fibreux assez dense, dont l'épaisseur peut aller jusqu'à la largeur d'un doigt (Schlüter) ; cette paroi peut s'incruster aussi des sels calcaires tout comme dans les kystes du corps thyroïde. On trouve généralement en un endroit de la face interne de cette paroi des

masses plus ou moins grosses de substance thyroïdienne non dégénérée.

Le contenu des kystes est assez variable ; quelquefois c'est de la substance colloïde incolore ; mais lorsque les kystes sont un peu gros, le contenu est coloré par suite des hémorrhagies que la paroi d'ailleurs très vascularisée laisse se faire à l'intérieur du kyste ; nous trouvons notée aussi assez fréquemment la présence de nombreux cristaux de cholestérine à l'intérieur des kystes ; on y trouve aussi des cellules épithéliales en suspension plus ou moins dégénérées.

Une chose qu'il ne faut pas oublier de noter est *la vascularisation ordinairement très riche de ces tumeurs* ; dans un cas même, le réseau veineux très développé qui entourait la tumeur aida à redresser une erreur de diagnostic (Madelung).

Ces glandes sont fort peu sujettes à l'inflammation idiopathique, nous n'en rapportons qu'un cas emprunté à Madelung ; c'est une glande placée entre la trachée et l'œsophage qui s'était enflammée, avait suppuré et, par les phénomènes de compression qu'elle provoquait, avait entraîné la mort du malade.

Dans un autre cas (Obolynski) nous trouvons aussi des glandes accessoires enflammées ; mais ici cette inflammation a été provoquée par des injections de teinture d'iode.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

L'étiologie du goître des glandes accessoires est tout aussi obscure que celle du goître de la glande thyroïde. Les causes pour lesquelles une portion de tissu thyroïdien devient le siège de manifestations pathologiques sont trop controversées pour que nous nous y arrêtions longtemps. Cependant nous pourrions faire remarquer que, une fois l'hérédité a été constatée (Madelung) ; une autre fois, ce fut la faiblesse de constitution de l'individu (Werner) ; dans un autre cas, la malade avait eu 18 grossesses (Polaud) ; dans un autre cas, la tête du malade qui était écrivain, était fréquemment inclinée en avant. Somme toute, ce sont donc les mêmes causes que celles qui ont été invoquées, pour le goître ordinaire.

Nous n'avons pas trouvé d'observations de tumeurs des glandes accessoires autres que celle produite par l'hypertrophie de l'un ou de plusieurs des éléments anatomiques normaux d'une glande thyroïde ; mais il est probable que, tout aussi bien dans ces glandes accessoires que dans la glande propre, il pourrait se produire une tumeur maligne ou bénigne, primitive ou secondaire.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Avant tout, nous poserons comme axiome cette proposition : toute tumeur composée de tissu thyroïdien ne peut se développer qu'au dépens d'un tissu thyroïdien préalable (1).

Nous sommes donc conduit à chercher immédiatement dans quel tissu thyroïdien se sont formées les tumeurs que nous étudions. D'après l'historique que nous avons fait, on a pu voir qu'il se trouve deux théories en présence.

La première, selon laquelle, après la vie fœtale, la glande thyroïde émettrait des prolongements dans les tissus environnants ; le pédicule s'amincirait et, par un travail pathologique regressif finirait par disparaître (Rokitansky, Bruch, Führer).

La seconde théorie, qui admet pour ces glandes une origine congénitale, c'est celle que nous adoptons.

(1) Nous voulons ainsi rejeter, sans même l'examiner, la seconde pathogénie admise par Rokitansky, qui prétendait que le tissu conjonctif est capable de former du tissu thyroïdien : 8 ans auparavant cependant, il avait admis la première des théories que nous donnons, tout en la rejetant.

En effet, soit dans nos observations, soit d'après les notes que nous avons intercalées dans notre historique, on peut constater que nous ne trouvons jamais de traces du travail pathologique admis dans la première théorie ; de plus très souvent les glandes accessoires reçoivent leurs vaisseaux d'autres vaisseaux que des vaisseaux thyroïdiens ; ensuite nous trouvons des glandes accessoires dans des régions où jamais la glande thyroïde n'eût pu envoyer de prolongements ; et enfin, nous trouvons toujours une capsule complète enfermant totalement la glande sans laisser voir sur sa surface une solution de continuité qui pourrait être les vestiges de l'ancien pédicule.

Ceci une fois admis, cherchons donc comment peuvent se produire ces glandes accessoires ; et pour cela entrons dans quelques considérations embryologiques sur la formation du corps thyroïde.

His (1), le premier, décrit d'une façon suivie le développement du corps thyroïde et nous apprend qu'il se forme d'un rudiment médian qui deviendra la pyramide, et de deux rudiments latéraux qui formeront les deux lobes ; ces rudiments sont des bourgeonnements de la paroi antérieure du pharynx. Born (2), dans des études sur le porc,

(1) His. *Entwicklung der Schilddrüse*. Berlin, 1880.

(2) Born. *Archiv für microscop. Anatomie* 1882.

nous donne des résultats qui viennent corroborer ceux de His. Enfin, Quénu (1), dans sa thèse d'agrégation sur les arcs branchiaux, nous donne la même description de la formation du corps thyroïde.

Au début, la partie médiane du corps thyroïde se trouve située entre le tubercule lingual, qui formera le corps de la langue et le 2^e et 3^e arc branchial qui formeront la racine de cet organe. A mesure que l'embryon se développe, la glande thyroïde descend vers la partie inférieure du cou. En s'éloignant de son siège primitif elle laisse comme vestige de son passage entre le corps et la racine de la langue un petit canal étroit, recouvert d'épithélium; ce conduit s'appelle le canal lingual (thyreoglossus) ou conduit de Bochdaleck; il ne persiste que jusque la fin du deuxième mois; cependant His l'a retrouvé deux fois chez des fœtus à terme.

Au sixième mois lunaire (fœtus de 21|32 centimètres), la glande, qui a déjà 12 millimètres de haut sur 7 de large, *n'a cependant pas encore d'enveloppe lamineuse propre*. His a même pu observer à ce moment que quelques lobules se détachent pour aller se loger dans les organes avoisinants.

(1) Quénu. Les arcs branchiaux chez l'homme, thèse d'agrégation, Paris, 1886.

De plus, on sait qu'à un certain moment de la vie utérine, la crosse de l'aorte se trouve accolée contre le corps thyroïde qu'elle abandonne plus tard pour descendre dans le thorax.

Avec ces très courtes notions, nous pourrions expliquer la présence de glandes accessoires dans la plupart des cas.

Pour nous donc, les glandes qui seront placées au voisinage de l'os hyoïde seront formées par les restes du canal glosso-thyroïdien, telle est, d'ailleurs, l'origine que His (1) leur attribue ; ou bien par des particules glandulaires abandonnées par la glande thyroïde pendant sa migration ; de plus, comme ici nous nous trouvons en présence d'un processus normal de la vie embryonnaire, c'est aussi là que nous devons trouver les glandes accessoires le plus fréquemment. En effet, Zukerkandl, dans des recherches sur 200 cadavres, les trouve 57 fois sur la connexité de l'os hyoïde et en plus 14 fois au-dessous de l'os hyoïde. Streckeisen donne comme existant chez les hommes dans un cinquième des cas, des glandes accessoires entre l'os hyoïde et l'isthme du corps thyroïde ; la glande supra-hyoïdienne existe pour lui dans la proportion de 27 0/0. Kadyi les trouve 10 fois sur 68 cas. Ce dernier remarque de plus qu'elles recevaient toujours leurs vaisseaux des artères hyoï-

(1) His. Anatomie menschlichen Embryonen, 1844-1845.

diennes. Pour expliquer la présence de tissu thyroïdien à l'intérieur de l'os hyoïde, nous ne pouvons guère admettre qu'une inclusion pendant la période d'ossification contrairement à Zukerkandl qui croit plutôt à une invasion dans l'os formé, mais sans pouvoir expliquer comment le tissu thyroïdien peut traverser le périoste.

Les glandes latérales s'expliquent facilement par ces petites parcelles de glande que His a vu se détacher au moment où le corps thyroïde ne possède pas encore d'enveloppe fibreuse : ce seront encore ces particules qui, en s'éloignant davantage par un mécanisme que nous ne pouvons indiquer cependant, iront former les glandes retro-pharyngiennes.

Les glandes placées sur la crosse de l'aorte seront les restes des particules glandulaires que l'artère, en faisant sa marche de descente dans le thorax, a entraînées avec elle. Les glandes inférieures pourront provenir soit de lobules de glandes abandonnés par l'aorte dans sa descente, soit encore des lobules migrants observés par His.

Mais pour les glandes intra-trachéales observées par Bruns, la pathogénie devient beaucoup plus obscure. En effet, Kolliker et Luschka ont démontré que le larynx ne se forme pas de deux moitiés primitivement séparées, qui se souderaient plus tard ensemble ; par conséquent une inclusion embryonnaire ne peut être admise ; d'autre part, l'intégrité de la trachée nous fait voir qu'il ne

s'agit pas là non plus d'une pénétration progressive d'une tumeur extérieure.

Peut-être pour les expliquer faut-il remonter aux premiers stades de la vie embryonnaire, lorsque, chez l'embryon de 10 millimètres, la partie terminale du sillon mésobranchial se transformant en cul de sac, les bourgeons latéraux pourraient communiquer avec la trachée par la fente qui est entre le 3^e et le 4^e arc ?

Il ne faudrait pas perdre de vue non plus que quelques glandes supérieures pourraient être les restes de la pyramide absente ; ou que d'autres pourraient être issues de bourgeons thyroïdiens accessoires, distincts des trois bourgeons principaux normaux. La disposition des vaisseaux dans certains cas semblerait plaider en faveur de l'indépendance originelle des glandules.

Mais ici qu'on nous permette de faire une digression. Nous nous trouvons en présence de glandules semées pour ainsi dire dans toute l'étendue de la partie antérieure du cou, mais principalement à sa partie supérieure et médiane. Nous apprenons de plus que ces glandules ont une tendance marquée à la dégénérescence kystique (Kadyi, Zukerkandl, Grüber). D'un autre côté, nous trouvons très fréquemment des kystes (kystes sui generis) dans ces régions et, pour expliquer leur pathogénie, nous recourons à des théories qui ne sont pas admises sans contestation par tous les embryologistes.

Ne serait-il pas plus simple d'établir entre ces deux choses une relation de cause à effet? Madelung déjà s'était demandé si une grande partie des kystes qu'on appelle hydroceles du cou n'étaient pas simplement des goîtres accessoires kystiques. Quénu, également, en 1886, disait : « Nous sommes peu édifié sur le mécanisme invoqué pour expliquer la disparition des fentes branchiales ; toutes les propositions émises ne reposent pas sur l'observation, directe mais sur des hypothèses ingénieuses, commodes pour expliquer certaines affections congénitales du cou telles que les fistules et les kystes.... Somme toute, l'évolution des fentes branchiales présente encore trop de desiderata pour servir de base à l'édification d'une pathologie à l'abri de toute critique » et un peu plus loin : « Le développement de cette dernière (glande thyroïde) nous expliquerait mieux que toute autre théorie, le siège des kystes sous-hyoïdiens. » En mai 1889, Broca, dans une séance de la Société anatomique de Paris, disait encore : « Les recherches de His, Born et Kölliker tendent à faire admettre qu'il y a des sillons branchiaux et non des fentes branchiales.... Il semble donc que les kystes de la base de la langue, les kystes sous-hyoïdiens (longtemps confondus avec l'hygroma de la bourse de Boyer) il semble que ces kystes ont une origine thyroïdienne. »

Nous ne voulons pas dire que tous les kystes du cou proviennent des glandes thyroïdes acces-

soires ; mais seulement ceci que beaucoup de kystes qui, après un examen *seulement macroscopique*, ont été rapportés à une malformation congénitale des fentes branchiales sont très souvent d'origine thyroïdienne.

Il en est de même de l'hygroma de la bourse de Boyer ; et même probablement de certaines grenouillettes, puisque Kadyi, Zukerkandl, Wölfler ont vu des glandes accessoires au voisinage de l'os hyoïde, et même au-dessus du mylo-hyoïdien ; peut-être aussi de certains kystes de la base de la langue qui seraient des dégénérescences des vestiges du canal de Bochdalek.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Nous ne cherchons pas à établir des règles pour faire le diagnostic des glandes accessoires non dégénérées (on pourrait presque les appeler normales) qui ne révèlent leur présence qu'à la dissection et par conséquent n'intéressent pas le clinicien; je m'occuperai donc seulement des glandes dont la présence entraîne des difformités ou des accidents.

Le diagnostic de ce genre de tumeurs est excessivement difficile à poser; nous avons vu d'habiles chirurgiens faire des erreurs de diagnostic; nous dirions même que la plupart de ceux qui ont eu à traiter ces tumeurs ont porté un faux diagnostic.

Nous essaierons cependant de formuler quelques règles pour le faciliter, tout en disant que le microscope seul pourra donner une certitude absolue.

D'abord, occupons-nous des tumeurs qui proéminent à l'extérieur. L'absence de douleur, de rougeur cutanée, la marche chronique de la maladie, feront rejeter immédiatement les abcès et phlegmons du cou. Les adénites chroniques si fréquen-

tes en cette région sont généralement multiples, formées de noyaux durs, indépendants et disposées en chaîne le long du sterno-cleïdo-mastoïdien; de plus, on pourrait recourir à la numération des globules blancs. La marche du sarcome et du lymphome est beaucoup plus rapide. Dans les tumeurs que nous examinons, on n'entend pas de bruit de souffle: elles ne sont pas réductibles. Le diagnostic différentiel avec le kyste dermoïde devient beaucoup plus difficile: une ponction exploratrice cependant pourrait donner d'utiles indications, mais elle n'est pas à conseiller, à cause des accidents que nous avons vu se produire dans une de nos observations (Schlüeter). Mais le diagnostic devient presque impossible avec un kyste séreux du cou, ou bien (si la tumeur a des adhérences avec le larynx au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne) avec un hygroma de la bourse thyro-hyoïdienne.

N'y a-t-il donc pas un symptôme qui pourrait nous mettre sur la voie? Nous croyons que la marche de la maladie remplit ce but. En effet, il est un fait que nous retrouvons dans presque toutes nos observations: c'est que le malade a remarqué sa tumeur depuis très longtemps; elle a grossi lentement pendant de longues années et, tout à coup, sans motif, elle se met à croître d'une façon beaucoup plus rapide, ce qui se traduit ordinairement par des phénomènes de compression sur la trachée et l'œsophage, ou si la tumeur est plus

superficielle par un changement très notable dans le volume de la tumeur.

Un fait très important à noter, c'est à la fois et la mobilité de ces tumeurs, et leur tendance au déplacement.

Nous pourrions donc maintenant dire :

Une tumeur mobile du cou qui existe depuis très longtemps, qui fut longtemps sans causer de gêne, qui a augmenté très lentement jusqu'il y a quelque temps et qui tout à coup a grossi beaucoup plus vite, et si elle est proche de la trachée, occasionne des phénomènes de compression, qui, par une ponction exploratrice a donné du sang pur ou un liquide plus ou moins épais de colorations diverses variant du blanc-jaunâtre au rouge-brun, qui aura subi des déplacements, est une tumeur (si elle est indépendante du corps thyroïde) d'une glande thyroïde accessoire.

Pour les glandes complètement cachées soit derrière le pharynx, soit derrière le sternum on comprendra que le diagnostic sera presque impossible à établir ; cependant nous avons pu voir M. Lépine (1) établir ce diagnostic ; seulement comme l'opération n'a pas été faite, nous ne pouvons le vérifier. Il l'avait établi par élimination ; il y avait des phénomènes de compression sur la trachée et l'œsophage, et un gonflement de la région anté-

(1) Lépine, Gazette des hôpitaux, 1877, p. 929.

rière droite du cou après un arrêt brusque de pertes hémorroïdales ; au laryngoscope on voyait la corde vocale droite paralysée ; par la sonde on avait trouvé que le calibre de l'œsophage était tout au plus d'un centimètre ; il rejette l'idée d'un goître constricteur, puisque l'obstacle est plus bas que le corps thyroïde ; de même l'âge du malade lui fait rejeter une tumeur maligne d'autant plus que les phénomènes de compression ont un peu diminué ; de plus la sonde ne donne pas la sensation de tissu ramolli qu'on observe dans l'épithélioma ; le malade n'a aucun des signes de l'anévrysme de l'aorte ; il rejette aussi l'idée de ganglions hypertrophiés parce que d'abord il n'en trouve dans aucune autre région, et qu'au microscope il ne constate pas plus de globules blancs qu'à l'état normal. Il conclut donc à un lobe erratique de tissu thyroïdien.

Nous rapportons ce diagnostic pour donner un exemple de la façon dont on pourra procéder pour l'établir.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Le pronostic sera bénin ou grave en raison des accidents qui se seront produits.

Un goître thyroïdien erratique retro-pharyngien ou intra-trachéal ou même inférieur ou latéral, qui aura amené un aplatissement marqué de la trachée, aura un pronostic plus grave qu'un goître supérieur, par exemple, ne gênant que par sa difformité.

Nous pouvons donc dire, à un point de vue général, qu'un goître erratique faisant saillie à l'extérieur et ne produisant pas de phénomènes de compression aura un pronostic bénin ; et qu'un goître retro-pharyngien ou retro-sternal amenant des troubles de la respiration ou de la déglutition aura un pronostic assez grave, tout en étant loin d'être fatal. On n'a jamais observé de récurrence lorsque l'extirpation a été faite.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

En lisant les observations on est immédiatement frappé par ce fait que sur 15 cas de goîtres erratiques, l'extirpation pratiquée douze fois réussit chaque fois avec un plein succès ; au contraire lorsqu'on voulut employer d'autres méthodes, de graves accidents et même la mort s'ensuivirent.

En effet nous voyons dans le cas de Schlüter où on avait voulu employer l'incision du kyste, une hémorrhagie abondante se produire ; dans les cas de Schnitzler et de Werner les malades furent emportés par une maladie intercurrente, qui n'eût peut-être pas été fatale si l'on avait supprimé la cause de la dyspnée dont souffraient ces deux malades. Dans le cas d'Obalinsky les injections interstitielles amènent une inflammation qui entraîne la mort du malade par pyohémie.

Après ces faits nous ne pouvons donc que conseiller l'extirpation ; tous les jours, en effet, on enlève des tumeurs ganglionnaires du cou dont l'extirpation offre tout autant de dangers et moins de chances de cure radicale que l'extirpation de goîtres accessoires ; et cela presse moins, bien

souvent, que lorsqu'une asphyxie est imminente, comme cela se présente pour certains goîtres accessoires.

Pour les goîtres accessoires faisant saillie à l'extérieur, le procédé à employer est assez simple; on fait une incision selon le grand diamètre de la tumeur, le plus possible verticalement; en évitant de toucher aux organes importants, on sectionne les tissus jusqu'à ce qu'on se trouve en présence de la tumeur; on incise la capsule et on continue l'opération en séparant celle-ci de la tumeur soit avec les doigts soit avec le manche du bistouri; bien entendu chaque fois qu'on rencontrera un vaisseau d'un certain calibre on le liera avant de le couper ou on le tordra après l'avoir coupé. En restant ainsi en dedans de la capsule on sera sûr de ne léser aucun des organes environnants.

Pour les tumeurs retro-pharyngiennes, (1) on pourrait pratiquer l'ablation par morcellement à l'aide du galvano-cautère pour éviter l'effusion du sang; l'extirpation se ferait ainsi par la bouche.

Quant aux goîtres intra-trachéaux, le procédé employé par Bruns nous semble indiqué; c'est la laryngo-trachéotomie qui conduit sur la tumeur qu'on extirpe alors à l'aide d'un cautère pour éviter le sang.

Pour les tumeurs profondément situées, comme

(1) On pourrait encore suivre la méthode employée par Bœckel.

celles par exemple siégeant sur la crosse de l'aorte, si elles étaient diagnostiquées, aucun traitement chirurgical ne leur serait applicable ; on ne pourrait que conseiller l'emploi des moyens médicaux ordonnés ordinairement contre le goître ordinaire.

La médication par l'iode pris à l'intérieur, n'a pas été essayée contre le goître des glandes accessoires ; elle pourrait être essayée avant le traitement chirurgical, croyons-nous, si la tumeur, ne produisant aucun phénomène de compression, ne demande pas une intervention immédiate.

Nous ferons remarquer qu'on n'a jamais observé de récédive.

Nous terminons ici notre travail en espérant qu'il aura ceci d'utile ; d'engager les chirurgiens, chaque fois qu'ils opéreront une tumeur de la partie antérieure du cou, à en faire l'étude microscopique ; ce qui amènerait certainement à faire voir que ces tumeurs sont, plus souvent qu'on ne le croit, produites par des dégénérescences des glandes thyroïdes accessoires.

VU : Bon pour soutenance,
Nancy, le 25 février 1890.

Le Président,
GROSS.

VU :
et permis d'imprimer,
Nancy, le 26 février 1890.

Le Recteur,
M. MOURIN.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	1
DÉFINITION ET DIVISION.....	3
CHAPITRE I ^{er} — Historique.....	4
CHAPITRE II. — Observations.....	18
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique....	41
CHAPITRE IV. — Etiologie.....	46
CHAPITRE V. — Pathogénie.....	47
CHAPITRE VI. — Diagnostic.....	55
CHAPITRE VII. — Pronostic.....	59
CHAPITRE VIII. — Traitement.....	60
